**Załącznik nr 1 do SIWZ**

Miejscowość ………………. dnia ……………….2018 r.

…………………………………………

Pieczęć firmowa wykonawcy

**OFERTA**

**DLA SAMODZIELNEGO PUBLICZNGO SZPITALA KLINICZNEGO**

**IM. ANDRZEJA MIELĘCKIEGO ŚLĄSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO**

**W KATOWICACH**

Nazwa wykonawcy: ……………………………………..……................................…………………………………

Siedziba: ……………………………………………………………....................................………………………….

REGON: ……………………………….............. NIP: …………………………......................……………

Tel:. ………………………………..............… Fax: ………..……….....................……………………..

Osoba upoważniona do kontaktu z Zamawiającym:

…… .………………………………………………………………………

Tel:...........................................……………… e-mail: .**…………………………………………………..**

Osoba odpowiedzialna za realizację umowy:

………………………………………………………………………………

Tel:...........................................……………… e-mail: .**…………………………………………………..**

Osoba upoważniona do podpisania umowy :

……………………………………………………………………………………….…….

***Zamawiający wymaga wypełnienia wszystkich pól / podania wszystkich danych wymaganych w ramce powyżej***

W nawiązaniu do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym oferuję wykonanie dostawy na warunkach określonych w specyfikacji istotnych warunków zamówienia za cenę:

## PAKIET Nr 1

Cena bez podatku VAT za 4 pkl ………………...…………………zł

podatek VAT ………% …………………………….zł

**Cena z podatkiem VAT** **za 4 kpl** ………………………………….zł

Słownie: ……………………………………………………………………………………...........zł

**Cena z podatkiem VAT za 1 kpl** …………...……………………..zł

**OKRES GWARANCJI:** …………**miesięcy\***

Zamawiający wymaga podania okresu gwarancji w pełnych miesiącach

**Parametry dodatkowo punktowane - parametry techniczne (JAKOŚĆ)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Regulacja wysokości położenia barierek bocznych na więcej niż 3 poziomach\* | **TAK** | **NIE\*\*** |
| 2. | Obciążenie robocze łóżka większe niż 220 kg\* | **TAK** | **NIE\*\*** |
| 3. | Materac zmiennociśnieniowy zbudowany z komór umożliwiających ich dowolne rozpięcie lub odpięcie kolejnych sekcji np.: w przypadku uszkodzenia jednej z nich\* | **TAK** | **NIE\*\*** |
| 4. | Limit wagowy gwarantujący skuteczność leczenia większy niż 150 kg\* | **TAK** | **NIE\*\*** |

***\* kryterium dodatkowo oceniane (punktowane),***

***\*\*niewłaściwe skreślić***

## PAKIET Nr 2

Cena bez podatku VAT za 7 szt ………………...…………………zł

podatek VAT ………% …………………………….zł

**Cena z podatkiem VAT za 7 szt.**  ………………………………….zł

Słownie: ……………………………………………………………………………………...........zł

1. Oświadczamy, że cena/y brutto zawarta/e w Ofercie zawierają wszystkie koszty, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty.
2. Oświadczamy, że akceptujemy warunki płatności określone przez Zamawiającego   
   w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia przedmiotowego postępowania.
3. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczamy, że niniejsza oferta zawiera na stronach nr od \_\_\_\_ do \_\_\_\_ informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.
5. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z projektem umowy, stanowiącym załącznik do Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
6. Oświadczamy, że jesteśmy mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem:

TAK / NIE \*

1. Oświadczamy, że zamówienie zrealizujemy:

bez udziału podwykonawców / z udziałem podwykonawców **\***

1. Ofertę niniejszą składam na \_\_\_\_\_\_\_\_\_ kolejno ponumerowanych stronach.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_ \_\_ \_\_ 2018 roku

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Czytelny podpis Wykonawcy/Wykonawców)

**\*** *niewłaściwe skreślić*

**Załącznik nr 2 do SIWZ**

***Zamawiający:***

**SP Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego**

**Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach**

**40-027 Katowice, ul. Francuska 20/24**

***Wykonawca:***

………………………………………………

……………………………..………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

***reprezentowany przez:***

………………………………………………

……………………..………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenie wykonawcy**

**składane na podstawie art. 24 ust. 11 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY KAPITAŁOWEJ**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. ***„*Dostawa łóżek do intensywnej terapii oraz materacy przeciwodleżynowych”**,prowadzonego przez SPSKM w Katowicach*,* oświadczam, co następuje:

Składając ofertę w postępowaniu o udzielnie zamówienia publicznego, którego przedmiotem są ***„*Dostawa łóżek do intensywnej terapii oraz materacy przeciwodleżynowych*”*** w zakresie **Pakietu nr …….,** prowadzonym przez SPSKM Katowice oświadczamy, że:

1. nie należymy do grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 11 ustawy Prawo zamówień publicznych \*,
2. należymy do grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 11 ustawy Prawo zamówień publicznych\*. W przypadku przynależności Wykonawcy do grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 11 ustawy Prawo zamówień publicznych, Wykonawca składa wraz z ofertą listę podmiotów należących do grupy kapitałowej.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2018r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Czytelny podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych*

*do reprezentowania Wykonawcy*

\* - niepotrzebne skreślić.

**\*** *należy zaznaczyć właściwą odpowiedź***;** *wykonawca, który należy do grupy kapitałowej zobowiązany jest do złożenia listy podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej*

**Załącznik nr 3 do SIWZ**

***Zamawiający:***

**SP Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego**

**Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach**

**40-027 Katowice, ul. Francuska 20/24**

***Wykonawca:***

………………………………………………

……………………………..………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

***reprezentowany przez:***

………………………………………………

……………………..………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenie wykonawcy**

**składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA ORAZ SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. „**Dostawa łóżek do intensywnej terapii oraz materacy przeciwodleżynowych”**,prowadzonego przez SPSK-M w Katowicach*,* oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w SIWZ w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn. *„***Dostawa łóżek do intensywnej terapii oraz materacy przeciwodleżynowych”**,prowadzonego przez SPSKM w Katowicach

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

…………………………………………

*Czytelny podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych*

*do reprezentowania Wykonawcy*

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy Pzp *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 24 ust. 1 pkt 13-14, 16-20 lub art. 24 ust. 5 ustawy Pzp).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:

……………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..…………………...........………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(miejscowość),* dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2018 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Czytelny podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych*

*do reprezentowania Wykonawcy*

**Załącznik Nr 1 do SIWZ**

**Łóżka do intensywnej terapii w komplecie z materacami przeciwodleżynowymi - ilość: 4 kpl**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**ŁÓŻKO**

Producent: ………………………………………..

Model/Typ: ……………………………………….

Rok produkcji 2018

**MATERAC PRZECIWODLEŻYNOWY**

Producent: ………………………………………..

Model/Typ: ……………………………………….

Rok produkcji 2018

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | **OPIS** | **PARAMETRY OFEROWANE - opisać, wypełnić\*** |
| 1. **PARAMETRY WYMAGANE** - **ŁÓŻKA** | | |
| 1. | Długość całkowita łóżka bez przedłużenia leża  215cm± 5cm | \*Podać długość całkowitą:  ……………………………………….. |
| 2. | Szerokość całkowita łóżka przy całkowicie podniesionych/i opuszczonych barierkach bocznych  98cm± 2cm | \*Podać szerokość całkowitą:  ……………………………………….. |
| 3. | Łóżko wyposażone w wskaźnik najniższej pozycji łóżka. | \*Potwierdzić:  ……………………………………….. |
| 4. | Regulacja wysokości (elektryczne sterowanie) leża mierzona od podłoża do górnej płaszczyzny (bez materaca) 40cm-80cm | \*Podać regulację wysokości [cm]:  ………………………………………. |
| 5. | Konstrukcja łóżka wykonana ze stali węglowej lakierowanej proszkowo oparta na kolumnach. Prześwit pod łóżkiem **min .15cm** zapewniający swobodną współpracę z podnośnikami pacjenta | \*Podać wielkość prześwitu:  ……………………………………….. |
| 6. | Leże podzielone na **4 segmenty z czego min. 3 ruchome**. Segmenty zdejmowane, wypełnione sztywnymi płytami ze zmywalnego tworzywa sztucznego | \*Potwierdzić:  ………………………………………… |
| 7. | Elektryczna regulacja segmentu oparcia pleców | \*Potwierdzić:  ………………………………………… |
| 8. | Zakres regulacji kąta nachylenia segmentu oparcia pleców w stosunku do poziomu ramy leża  min. 0 ÷ 65° +/-1° | \*Podać:  ………………………………………… |
| 9. | Elektryczna regulacja segmentu uda wraz z autokonturem | \*Potwierdzić:  ………………………………………… |
| 10. | Elektryczna regulacja segmentu podudzia | \*Potwierdzić:  ………………………………………… |
| 11. | Elektryczna regulacja pozycji Trendelenburga i anty-Trendelenburga. Szczyt łóżka od strony głowy pozostaje nieruchomy – rozwiązanie zapobiegające uszkodzeniu łóżka i ściany przy przechodzeniu do pozycji Trendelenburga. Pozycje dostępne po naciśnięciu jednego przycisku. | \*Potwierdzić:  ………………………………………… |
| 12. | Zakres regulacji pozycji Trendelenburga i anty-Trendelenburga  ( - 16°) - (+ 16° ) | \*Potwierdzić:  ………………………………………… |
| 13. | Elektrycznie regulowana pozycja krzesła kardiologicznego.  Pozycja uzyskiwana za pomocą jednego przycisku | \*Potwierdzić:  ………………………………………… |
|  | Elektrycznie regulowana pozycja horyzontalna – pozioma realizowana z dowolnego ustawienia łóżka obniżając leże, do najniższej, bezpiecznej pozycji.  Pozycja uzyskiwana za pomocą jednego przycisku. | \*Potwierdzić:  ………………………………………… |
|  | Regulacje wszystkich elektrycznych funkcji łóżka dostępne obustronnie z paneli wbudowanych w barierki boczne od strony zewnętrznej dla personelu medycznego, z funkcjami selektywnej blokady. Wszystkie przyciski membranowe, wodoodporne. | \*Potwierdzić:  ………………………………………… |
|  | Klawiatury do regulacji położenia łóżka (dla pacjenta) wbudowane w barierki boczne po obu stronach od strony wewnętrznej, z możliwością blokowania przez personel medyczny. Przyciski membranowe wodoodporne. | \*Potwierdzić:  ………………………………………… |
|  | Bateria zasilania awaryjnego | \*Potwierdzić:  ………………………………………… |
|  | 4 podwójne antystatyczne kółka o średnicy min 150mm. | \*Potwierdzić:  ………………………………………… |
|  | Centralna blokada wszystkich kół jednocześnie uruchamiana jedną dźwignią zlokalizowaną pod szczytem łóżka od strony nóg pacjenta. | \*Potwierdzić:  ………………………………………… |
|  | Mechaniczna funkcja CPR segmentu oparcia dostępna z obu stron łóżka. | \*Potwierdzić:  ………………………………………… |
|  | Barierki boczne podwójne, dzielone, poruszające się wraz z segmentami leża, zapewniające ochronę pacjenta przed zakleszczeniem. Barierki wyposażone w wizualne wskaźniki kąta nachylenia segmentu oparcia. Wskaźniki stanowiące integralny element barierki oraz widoczne niezależnie od pozycji barierek. Nie dopuszcza się stosowania wskaźników kąta nachylenia ramy łóżka niemontowanych fabrycznie, przyklejanych lub podobnych | \*Potwierdzić:  ………………………………………… |
|  | Konstrukcja barierek bocznych umożliwiająca ich opuszczanie przy użyciu jednej ręki oraz zablokowanie na **3 różnych wysokościach**. Barierki służą jako podparcie podczas wychodzenia pacjenta z łóżka. Konstrukcja barierek bocznych nie wymaga dodatkowej przestrzeni z boków łóżka (większej niż 5cm) w celu ich opuszczenia, bądź podniesienia  (Regulacja wysokości położenia barierek bocznych na więcej niż 3 poziomach - parametr dodatkowo punktowany) | \*Potwierdzić oraz podać zakres regulacji barierek:  ………………………………………… |
|  | Zewnętrzne wykończenie barierek bocznych oraz zdejmowanych szczytów łóżka wykonane z tworzywa sztucznego, bez widocznych elementów metalowych | \*Potwierdzić:  ………………………………………… |
|  | Łóżko wyposażone w wbudowany system pomiaru masy ciała pacjenta | \*Potwierdzić:  ………………………………………… |
|  | Możliwość wyświetlenia wagi z dokładnością min. 100g | \*Potwierdzić:  ………………………………………… |
|  | Waga wyposażona w system autokompensacji masy przedmiotów dodawanych i odejmowanych na leże w trakcie pobytu pacjenta na łóżku tak, by wyświetlana waga pacjenta pozostała bez zmian. | \*Potwierdzić:  ………………………………………… |
|  | Automatycznie wygaszany wskaźnik masy pacjenta po określonym czasie | \*Potwierdzić:  ………………………………………… |
|  | Łóżko wyposażone w wieszak infuzyjny min. 2 haki | \*Podać ilość haków:  ………………………………………… |
|  | Uchwyty na akcesoria (8 haków) po obu stronach łóżka. | \*Potwierdzić:  ………………………………………… |
|  | Odbojniki w 4 narożnikach łóżka. | \*Potwierdzić:  ………………………………………… |
|  | 6 uchwytów na pasy do unieruchomienia pacjenta. | \*Potwierdzić:  ………………………………………… |
|  | 4 gniazda na statywy infuzyjne. | \*Potwierdzić:  ………………………………………… |
|  | Przedłużenie leża realizowane poprzez zwolnienie dźwigni 20cm+/- 2cm | \*Potwierdzić:  ………………………………………… |
|  | Dodatkowa półka na pościel | \*Potwierdzić:  ………………………………………… |
|  | Dopuszczalne bezpieczne obciążenie robocze 220kg  (Obciążenie robocze łóżka większe niż 220 kg - parametr dodatkowo punktowany) | \*Podać obciążenie robocze:  ………………………………………… |
|  | Dopuszczalne bezpieczne obciążenie statyczne min. 850 kg | \*Podać dopuszczalne obciążenie:  ………………………………………… |
|  | Zasilanie elektryczne 230V/ 50 Hz | \*Potwierdzić:  ………………………………………… |
|  | Materac piankowy o wymiarach dostosowanych do oferowanego łóżka wodoodporny, paroprzepuszczalny z zgrzewanym łączeniami przystosowany do mycia i dezynfekcji | \*Potwierdzić:  ………………………………………… |
| 1. **PARAMETRY WYMAGANE** - **MATERAC ZMIENNOCIŚNIENIOWY RUROWY** | | |
| 1. | Długość materaca napompowanego 2000mm ±30mm | \*Podać długość materaca:  …………………………………… |
| 2. | Szerokość materaca napompowanego 850mm ± 10mm | \*Podać szerokość materaca:  ………………………………….. |
| 3. | Grubość materaca napompowanego 160mm± 10mm | \*Podać grubość materaca:  ………………………………….. |
| 4. | Materac powietrzny, terapeutyczny, przeciwodleżynowy, niskociśnieniowy, składający się z 15 komór.  (Materac zmiennociśnieniowy zbudowany z komór umożliwiających ich dowolne rozpięcie lub odpięcie kolejnych sekcji np. w przypadku uszkodzenia jednej z nich - parametr dodatkowo punktowany) | \*Potwierdzić:  …………………………………………  ………………………………………… |
| 5. | Aktywny produkt terapeutyczny należący do klasy IIa | \*Potwierdzić:  ………………………………………… |
| 6. | Konstrukcja materaca zawiera zintegrowana warstwę podkładu z pianki. Brak konieczności podkładania pod materac powietrzny materaca piankowego. | \*Potwierdzić:  ………………………………………… |
| 7. | Materac wyposażony w zawór natychmiastowego opróżniania - CPR oznaczony wyraźnym napisem i wyróżniający się kolorem. | \*Potwierdzić:  ………………………………………… |
| 8. | Moduł sterujący pompy wyposażony w przyciski membranowe ułatwiające dezynfekcję modułu. Pompa przygotowana do pracy w trybie ciągłym bez przerw dla zapewnienia maksymalnej terapii przeciwodleżynowej. | \*Potwierdzić:  ………………………………………… |
| 9. | Pompa zasilająca z możliwością zawieszenia na szczycie łóżka od strony nóg o niskiej głośności pracy tak by nie zakłócała snu pacjenta. | \*Potwierdzić:  ………………………………………… |
| 10. | Pokrowiec na materac zabezpieczający go przed zabrudzeniem zapinany na zamek | \*Potwierdzić:  ………………………………………… |
| 11. | Limit wagowy gwarantujący skuteczność leczenia w pozycji leżącej 150 kg.  (Limit wagowy gwarantujący skuteczność leczenia większy niż 150 kg - parametr dodatkowo punktowany) | \*Podać limit wagowy:  ………………………………………… |
| 12. | System kontroli ciśnienia gwarantujący rozkład niskiego ciśnienia w komorach następuje za pomocą czujników wbudowanych w materac | \*Potwierdzić:  ………………………………………… |
| **POZOSTAŁE WYMAGANE INFORMACJE W ZAKRESIE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** | | |
|  | Instrukcja obsługi i użytkowania w języku polskim | |
|  | Częstotliwość przeglądów technicznych urządzenia wymagana przez producenta w okresie gwarancji | \*Podać:  ………………………………………. |
|  | Częstotliwość przeglądów technicznych urządzenia wymagana przez producenta po okresie gwarancji | \*Podać:  ………………………………………. |
|  | Naprawy oraz wymagane przez producenta przeglądy techniczne w okresie gwarancji - bezpłatne | |
|  | Dane serwisanta uprawnionego do odebrania i przyjęcia do realizacji ewentualnych zgłoszeń / awarii / usterek przedmiotu zamówienia/przeglądów gwarancyjnych | Osoba do kontaktu:  ……………………………………….  Imię i nazwisko  Telefon: ………………………………………..…………  Mail: …………………………………………….….…. |
|  | Bezpłatny serwis gwarancyjny | Nazwa:  …………………………………………………..  Adres:  …………………………………………………..  Nr telefonu:  …………………………………………………... |

\* ***wypełnia Wykonawca***

…………….……. *(miejscowość),*dnia ………….……. r.

...........................................................................................

Czytelny podpis i pieczęć osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik Nr 2 do SIWZ**

**Materac przeciwodleżynowy - ilość: 7 szt.**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Producent: ………………………………………..

Model/Typ: ……………………………………….

Rok produkcji 2018

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | **OPIS** | **PARAMETRY OFEROWANE - opisać, wypełnić\*** |
| 1. **PARAMETRY WYMAGANE** – **MATERAC PRZECIWODLEŻYNOWY** | | |
| 1. | Długość materaca napompowanego 200cm ±3cm | \*Podać długość materaca:  ……………………………………….. |
| 2. | Szerokość materaca napompowanego 90cm ± 1cm | \*Podać szerokość materaca:  ……………………………………….. |
| 3. | Grubość materaca napompowanego 16cm ± 1cm | \*Podać grubość materaca:  ……………………………………….. |
| 4. | Materac powietrzny, terapeutyczny, przeciwodleżynowy, niskociśnieniowy, składający się z min. 15 komór. | \*Potwierdzić:  ………………………………………… |
| 5. | Konstrukcja materaca zawiera zintegrowana warstwę podkładu z pianki. Brak konieczności podkładania pod materac powietrzny materaca piankowego. | \*Potwierdzić:  ………………………………………… |
| 6. | Materac w pokrowcu poliuretanowym, wodoszczelnym, paro przepuszczalnym ze zgrzewanymi krawędziami, antystatyczny, niealergizujący, bakteriostatyczny. Materac przystosowany do mycia i dezynfekcji. Zamek materaca 360° (łatwość zdjęcia i czyszczenia) zakryty, chroniony przed łatwym zanieczyszczeniem. | \*Potwierdzić:  ………………………………………… |
| 7. | Materac wyposażony w system kontroli ciśnienia, w którym rozkład optymalnego niskiego ciśnienia w poszczególnych komorach materaca następuje natychmiastowo i automatycznie uwzględniając rozmiar, masę i pozycję ciała pacjenta ( bez ręcznej regulacji ) | \*Potwierdzić:  ………………………………………… |
| **8.** | Materac wyposażony w funkcję natychmiastowego utwardzania powierzchni materaca, ułatwiającą codzienną opiekę nad pacjentem, dostępną z jednego przycisku. Samoczynny powrót do pracy w trybie terapeutycznym po upływie max 10 min. od aktywowania maksymalnego napompowania. | \*Potwierdzić:  ………………………………………… |
| 9. | Materac wyposażony w zawór natychmiastowego opróżniania - CPR oznaczony wyraźnym napisem i wyróżniający się kolorem. | \*Potwierdzić:  ………………………………………… |
| 10. | Moduł sterujący pompy wyposażony w przyciski membranowe ułatwiające dezynfekcję modułu. Pompa przygotowana do pracy w trybie ciągłym bez przerw dla zapewnienia maksymalnej terapii przeciwodleżynowej. | \*Potwierdzić:  ………………………………………… |
| 11. | Pompa zasilająca z możliwością zawieszenia na szczycie łóżka od strony nóg o niskiej głośności pracy tak by nie zakłócała snu pacjenta. | \*Potwierdzić:  ………………………………………… |
| 12. | Limit wagowy gwarantujący skuteczność leczenia terapeutycznego w pozycji leżącej min. 150 kg. | \*Podać limit wagowy:  ………………………………………… |
| 13. | Limit obciążenia statycznego min.250kg | \*Podać limit obciążenia:  ………………………………………… |
| 14. | Wymiary modułu zasilającego – pompy powietrznej (wysokość x szerokość x głębokość) max. 200 x 300 x 130 mm | \*Podać wymiary:  ………………………………………… |
| 15. | Pompa wyposażona w szybkozłączke umożliwiającą podłączenie opcjonalnej, powietrznej poduszki siedzeniowej | \*Potwierdzić:  ………………………………………… |
| 16. | System kontroli ciśnienia gwarantujący rozkład niskiego ciśnienia w komorach następuje za pomocą czujników wbudowanych w materac | \*Potwierdzić:  ………………………………………… |
| 17. | Materac wyposażony w indykator trybu transportowego przy braku podłączenia do źródła zasilania wraz z alarmem braku zasilania. | \*Potwierdzić:  ………………………………………… |
| 18. | Materac dostosowany do wymiarów leża łóżka AvantGuard 1600Abily. | \*Potwierdzić:  ………………………………………… |
| 19. | Aktywny produkt terapeutyczny należący do klasy IIa. | \*Potwierdzić:  ………………………………………… |
| 1. **POZOSTAŁE WYMAGANE INFORMACJE W ZAKRESIE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** | | |
| 1. | Instrukcja obsługi i użytkowania w języku polskim | |
| 2. | Częstotliwość przeglądów technicznych urządzenia wymagana przez producenta w okresie gwarancji | \*Podać:  ………………………………………. |
| 3. | Częstotliwość przeglądów technicznych urządzenia wymagana przez producenta po okresie gwarancji | \*Podać:  ………………………………………. |
| 5. | Naprawy oraz wymagane przez producenta przeglądy techniczne w okresie gwarancji - bezpłatne | |
| 6. | Dane serwisanta uprawnionego do odebrania i przyjęcia do realizacji ewentualnych zgłoszeń / awarii / usterek przedmiotu zamówienia/przeglądów gwarancyjnych | Osoba do kontaktu:  ……………………………………….  Imię i nazwisko  Telefon: ………………………………………..…………  Mail: …………………………………………….….…. |
| 7. | Bezpłatny serwis gwarancyjny | Nazwa:  …………………………………………………..  Adres:  …………………………………………………..  Nr telefonu:  …………………………………………………... |

\* ***wypełnia Wykonawca***

…………….……. *(miejscowość),*dnia ………….……. r.

...........................................................................................

Czytelny podpis i pieczęć osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy