ZP-382-13/2025

Załącznik nr 1A

do zapytania ofertowego

…………………………

Wykonawca

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

|  |
| --- |
| **Materac szpitalny** |
| **Nazwa** |  |
| **Typ** |  |
| **Wytwórca** |  |
| **Kraj pochodzenia** |  |
| **Rok produkcji: min. 2023** |  |
| **Lp.** | **OPIS** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
|  | Materac z pianki poliuretanowej. Pianka z nacięciami umożliwiającymi pozycjonowanie materaca na leżu 4segmentowym | Tak |  |
|  | Gęstość pianki min 28kg/m3 | Tak, podać |  |
|  | Wymiary materaca 200cm x 86cm (+/- 2cm) | Tak, podać  |  |
|  | Wysokość materaca min 14cm | Tak, podać |  |
|  | Pokrowiec paro przepuszczalny, nie przepuszczający cieczy. Pokrowiec wyposażony w odpinany zamek min z dwóch stron, z pokry/wą zabezpieczającą przed wnikaniem płynów  | Tak |  |
|  | Pokrowiec wykonany z rozciągliwego materiału | Tak |  |
|  | Łączenia pokrowca zszywane. | Tak |  |
|  | Potwierdzona niepalność pokrowca i pianki  | 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 |  |
|  | Termin rozpoczęcia gwarancji – od dnia podpisania protokołu odbioru i oddania do użytkowania | TAK |  |
|  | Minimalna liczba ~~napraw~~ reklamacji powodująca wymianę materaca na nowy | 3 |  |
|  | Należy sprecyzować ewentualne ograniczenia usług gwarancyjnych oraz ewentualne przyczyny cofnięcia gwarancji. | PODAĆ |  |

……………………………………….. dnia………………………2025 r.

………………………………………

Podpis osoby upoważnionej